Rok LI. Kraków, dnia 31. sierpnia 1912. Nr 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę duru brzusznego

przez

H. Fidlera (Radom).

(Ciąg dalszy).

Zjawisko współzlepiania występuje i w odczynie Pfeiffera, t. j. pokrewne durowi laseczniki ulegają wpływowi surowicy uodpornionej przeciwko durowi, przeto też odczyn Pfeiffera nie posiada bezwzględnej siły dowodowej. Jednakże z doświadczeń Pffeiffera wynika, że wstrzykiwanie surowicy uodpornionej chroni zwierzęta użyte do doświadczenia od zakażenia durem. To samo zjawisko występuje i u ludzi po przebytym durze, t. j. zarazek martwy czy żywy wywołuje w surowicy krwi właściwości uodporniające na pewien czas, po największej części na całe życie.

3) Trzecim sposobem jest odchylanie dopełniacza,

4) czwartym precypitacya,

5) piątym wytwarzanie opsonin czyli uczulających istot. Te ostatnie nie posiadają siły przekonywającej, gdyż Schottmüller znalazł opsoniny durowe we krwi ciężko chorych dzieci gruźliczych, które duru nie przechodziły.

W celach rozpoznawczych Chantemesse uciekał się do odczynu ocznego (oftalmoreakcyi) na wzór takiegoż przy gruźlicy. Również niektórzy stosowali pirquetyzacyę przy pomocy jadu durowego. Obydwie metody nie rozpowszechniły się.

Patogeneza.

Dur brzuszny nie jest bynajmniej wyłącznie chorobą jelit, lecz schorzeniem całego ustroju, to znaczy, iż l. durowy nie gnieździ się wyłącznie w jelitach, ale szerzy się w całym ustroju.

Schotmüller i inni stwierdzili, iż l. durowe krążą we krwi durowych od pierwszego dnia pojawienia się gorączki aż prawie do ostatnich dni gorączkowych. Tylko w bardzo nielicznych przypadkach nie udało się l. durowego wyhodować ze krwi, albo dlatego, że użyto za mało krwi do badania (mniej niż 20 cm), albo też było mało we krwi laseczników, lub też znajdowały się one w stanie jakby odurzenia, letargu, straciwszy zdolność rozwijania się i wyrastania na podłożach.

Ilość laseczników, krążących we krwi, ulega wahaniom. Schottmüller znalazł w 10 cm krwi jednego chorego 200 laseczników, zaś Schaffer 872 w $1^1/_2$ cm.

Wogóle rzec można, że ilość laseczników, krążących we krwi, znajduje się w prostym stosunku do wysokości gorączki i ciężkości przebiegu. W okresie gorączki zwalniającej albo przepuszczającej rzadziej udaje się je wykryć. Natomiast można je znaleźć nawet w chwilach przelotnych gorączek w okresie zdrowienia.

Według Schottmüllera ilość l. durowych u tego samego chorego ulega wahaniom w przeciągu jednego dnia. Z największą ostrożnością można zużytkować wyniki badań co do ilości l. durowych w rokowaniu. Wahania w zawartości l. durowych przebiegają równolegle do wahań ciepłoty. Nieustannie wzmagający się przyrost l. durowych stwierdził Schottmüller w przypadkach, zakończonych śmiercią. W okresie bezgorączkowym tenże Schottmüller nigdy nie znajdował l. durowych, co uważa za prawidło; podaje w wątpliwość tym sposobem wyniki badań w tym kierunku Meyera, Conradiego i Reiner-Müllera. W przypadkach powyższych częste mierzenie ciepłoty wykazałoby niewątpliwie od czasu do czasu jej podniesienie, coby tłomaczyło obecność laseczników we krwi. Również wątpliwem wydaje się badanie Forstera, który wykrył l. durowe w okresie wylęgania, t. j. u osób pozornie zdrowych, (stykających się z durowymi osobnikami), które później na dur zapadły.

Można zgodnie z dotychczasowemi badaniami stwierdzić, iż gorączka w durze jest równoznaczną z obecnością l. durowych we krwi, w okresie zaś bezgorączkowym zarazków we krwi brak. Podczas zaostrzeń lub nawrotów z taką samą prawidłowością wracają l. durowe do krwi.

Schottmüller stwierdził obecność l. durowych we krwi durowych w 88% przypadków, Kayser zaś w 100%.

W krążącej krwi l. durowe nie rozmnażają się, raczej giną wskutek bakteryobójczej własności krwi żywej (krążącej). Natomiast po śmierci krew zupełnie traci powyższą właściwość.

A więc obecność l. durowych we krwi krążącej znamionuje zakażenie durowe.

Z tego punktu widzenia jest sprawą obojętną pod względem etyologicznym, czy klinicysta lub anatomopatolog stwierdzą obecność znamiennych dla duru objawów lub zmian anatomo-patologicznych.

Przedostanie się bowiem l. durowych do krwi bynajmniej nie jest dla ustroju sprawą obojętną, lecz prze-

ciwnie oznacza zachorowanie — zakażenie. Od tej też chwili datuje się gorączka, czyli jeden z pierwszych objawów durowych. Naturalnie jednocześnie obok duru istnieć może inne cierpienie, n. p. gruźlica; lub też wystąpić może wspólnie z durem inna choroba, jako mieszane zakażenie: z paciorkowcami (mam podobny przypadek w szpitalu), pneumokokiem, gronkowcem, l. okrężnicy, b. tetragenes, paratyphi lub odmieńcem (przypadek Kossaka i Fidlera). Niekiedy do duru przyłączają się ostre choroby wysypkowe, jak odra. Również stwierdzono powikłanie duru przez cholerę, czerwonkę (przypadek Kossaka), błonicę, zimnicę i t. p. Bardzo poważną rolę grają wtórne zakażenia przez pasorzyty ropne, a więc posocznica. Niekiedy przyłącza się róża.

Paciorkowiec przedostaje się do krwi durowych z błon śluzowych. Oprócz bakteryemii występują przerzuty; — przebieg duru staje się cięższym.

Posocznica pneumokokowa występuje w przebiegu powikłania duru przez zapalenie płuc włóknikowe; — zejście jest prawie zawsze śmiertelne.

Gronkowiec wędruje przez uszkodzone miejsca skóry, o które u durowych bardzo łatwo, i wywołuje swoisty dla siebie obraz chorobowy: petocie, ropnie, pęcherzyki wypełnione ropą, leukocytozę, żółtaczkę i zapalenie wsierdzia. Przebieg ciepłoty ulega zmianie: dreszcze, wysoka gorączka o typie stałym lub przepuszczającym. Również l. okrężnicy może wikłać dur i wywoływać swoistą posocznicę (colibacillosis). Port opisuje przypadek, w którym ta ostatnia wystąpiła wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego podczas duru i następnego wytworzenia się ropni w wątrobie, Otten zaś przypadek, w którym wystąpiła wskutek obecności zapalenia nerek i miedniczek nerkowych pochodzenia okrężnicowego (colipyelonephritis). Dur zaś ze swej strony może wikłać inne choroby, jak krztusiec, posocznicę gonokokową i t. p.

Obecność l. durowego we krwi dowodzi, że tenże w innych narządach gnieździ się lub gnieździć może. Do nich zostaje lasecznik przeniesiony przez prąd krwi, w nich pozostaje i rozmnaża się. Powszechnie wiadomo, iż l. durowy znajduje się w kale chorych durowych. Ilość jego jest zmienną, zależnie od okresu choroby. W odróżnieniu od cholery, w której stale pod drobnowidem w kale chorego stwierdzić można przecinkowce, w durze brzusznym nie w każdym okresie choroby można l. durowe znaleźć w kale w większej ilości. Szczegółowe badania wykazały, że w pierwszych dniach choroby l. durowe są obecne w kale w 15·6% przypadków, w drugim tygodniu w 23·4%, w trzecim w 33%, a w 4. aż do 10. tygodnia w 10%. Górny odcinek obfituje w mnóstwo laseczników durowych, zaś w dolnym jest ich znacznie mniej; w okrężnicy jest ich bardzo mało, w górnej części jelita czczego dość dużo, w dwunastnicy zaś i żołądku są prawie w czystej hodowli. Również znajdowano je w przełyku i nierzadko w gardle.

Względnie małą zawartość l. durowych w dolnym odcinku jelit (w okrężnicy) można jedynie objaśnić antagonizmem, jaki zachodzi pomiędzy l. okrężnicy, a l. durowym. Pierwszy pokonywa drugi. Jako dowód niech posłuży następujące spostrzeżenie i doświadczenie Schottmüllera. Długotrwała bakteriurya z l. durowym znikała, gdy przypadkowo pęcherz został zakażony przez l. okrężnicy. W mieszanej hodowli z obydwu gatunków l. durowe ginęły. Otóż współżycie z l. okrężnicy wypiera l. durowego z zawartości jelit. Okresowe pojawianie się l. durowego w kale chorych zależy od domieszek z owrzodzeń jelitowych, gdyż gruczoły chłonne jelit i krezki stale zawierają l. durowe w znacznej ilości. W chwili rozpadania się kęp Peyera, ew. gruczołów, laseczniki obficie pojawiają się w wydzielinach jelitowych.

Na obecności l. durowych w kale nie możemy opierać rozpoznania duru brzusznego, gdyż l. durowe mogą przechodzić przez jelita, nie wywołując zakażenia ustroju. Łącznie z objawami klinicznymi obecność lasecznika durowego w kale stwierdza rozpoznanie. Należy jednak pamiętać o możliwych pomyłkach, gdyż sprawa, tocząca się w ustroju, może zależeć od innego zakażenia, a w kale znajdziemy l. durowe. Wydzielają się one również przez mocz w posuniętych okresach choroby nawet w stanie bezgorączkowym, t. j. wtedy, gdy już znikły ze krwi.

(Ciąg dalszy nastąpi)

Etyologia, patologia i leczenie gruźlicy narządu słuchowego.

(Wykład na VII. międzynarodowym Zjeździe przeciwgruźliczym dnia 17. kwietnia 1912 w Rzymie).

Podał

R. Spira.

(Dokończenie).

Ciekawą postać chorobową opisuje Möller. Obniżenie bystrości słuchu, obraz błony bębenkowej podobny jak w ostrem wysiękowem zapaleniu ucha środkowego, tylko zabarwienie jest więcej biało-żółte z licznemi nastrzykanemi naczyniami promienistemi. Przy przekłuciu okazuje się błona uderzająco zgrubiałą, twardą, w jamie bębenkowej niema wysięku. Na drugi dzień otwór w błonie wygojony. Objawy te utrzymują się tygodniami lub miesiącami, poczem sprawa albo się cofa albo postępuje dalej i powstaje jedno albo kilka owrzodzeń z dnem słoninowatem. Ten »rozlany gruźliczy naciek błony bębenkowej« oznacza Möller nazwą: »Myringitis tuberculosa diffusa«, wskazując na to, że w tej sprawie istnieje także gruźliczy naciek błony śluzowej jamy bębenkowej.

W odosobnionej gruźlicy błony bębenkowej z jej przedziurawieniem polecano przypalenie brzegów ubytku galwanokauterem lub ich wycięcie. Do usuwania guzów gruźliczych (gruźliczaków-tuberculoma) na błonie poleca Nager zastosowanie pasty arszenikowej zapomocą delikatnych tamponików z waty.

Gruźlica na błonie śluzowej trąbki Eustachiusza zdarza się w postaci wrzodów gruźliczych. Powstają one przez zetknięcie się błony śluzowej z plwocinami gruźliczemi, podobnie jak gruźlica krtani. Często znajduje się równocześnie gruźlica jamy bębenkowej, wrzody w jamie nosowo-gardłowej, skąd sprawa może także przez ciągłość (per continuitatem) rozszerzyć się na trąbkę i wywołać zniszczenie jej gardłowego ujścia. Pierwotne gruźlicze zapalenie trąbki należy do rzadkości i może powstać przez przeniesienie zarazka z powietrzem.

Wyrostek sutkowy ulega gruźlicy po największej części wtórorzędnie, jako powikłanie zmian jamy bębenkowej. Gruźlica wyrostka może przebiegać całkiem skrycie, bez zmian zewnętrznych, bez obrzmienia okostnej, bez bolesności. Należy się jej spodziewać, jeżeli przy istniejących su-

chotach ropienie uszne wśród niszczenia błony przeciąga się, jeżeli zgłębnikiem natrafia się w jamie bębenkowej na obnażoną kość, jeżeli w przewodzie słuchowym zewnętrznym lub na innych miejscach części sutkowej pojawiają się przetoki, martwaki, jeżeli występują objawy porażenia twarzy lub zajęcia błędnika. Według Hauga jako pierwszy objaw tej choroby pojawia się gruźlica gruczołu chłonnego nad wyrostkiem. Sprawa ta szerzy się szybko na otoczenie, na kość skroniową aż do kości jarzmowej, na kość skalistą i może nawet dotknąć kość skalistą drugiej strony. Często rozwija się zapalenie okostnej, nawet przebicie się na zewnątrz lub przez tylną ścianę przewodu słuchowego zewnętrznego. Znamiennem dla tej sprawy jest obustronne symetryczne wystąpienie zajęcia wyrostka w wieku dziecięcym. Przez zabieg chirurgiczny sprawa ta, nawet rozległa, daje się wyleczyć.

Gruźlica wyrostka sutkowego, poprzedzająca gruźlicę innych części narządu słuchowego, zdarza się rzadziej, niż następowa. Gruźlicę wyrostka przy prawidłowym stanie jamy bębenkowej opisali Siebenmann, Haug, Küster, Henrici i inni. Gruźlica wyrostka często przebiega z silnymi bólami neuralgicznymi i objawia się przez naciekły gruczoł chłonny, jako najwcześniejszy objaw. Zbadanie histologiczne takiego gruczołu wiedzie do trafnego rozpoznania. Zdaniem Knappa choroba ta stanowi cierpienie miejscowe, leczeniu dobrze przystępne, które przy zastosowaniu wskazanych zabiegów chirurgicznych ma wybitną skłonność do wygojenia się. Wtórorzędne powstanie takiej odosobnionej gruźlicy wyrostka należy pojmować jako przerzut, pochodzący ze zserowaciałych gruczołów śródpiersia, krezkowych lub w innych miejscach ciała. Za powstaniem choroby drogą krążenia krwi lub limfy przemawia brak gruźlicy płuc, jamy bębenkowej, krtani, gardła i nosa.

Samoistna gruźlica zdarza się w wyrostku sutkowym częściej, niż w innych częściach narządu słuchu, i to znacznej częściej u dzieci, niż u dorosłych. Zdaniem Henriciego około $^1/_5$ część wszystkich zapaleń wyrostka sutkowego u dzieci jest przyrody gruźliczej. Powstanie tej sprawy należy odnieść do wtargnięcia swoistych zarazków do świeżej rany na wyrostku lub kości skroniowej. Za przyrodą gruźliczą pierwotnego zapalenia wyrostka sutkowego przemawiają, według Henriciego, stan prawidłowy jamy bębenkowej, wiotkie brzegi i wiotkie blade ziarniny w ewentualnie istniejącej przetoce, ziarniniak gruźliczy w przewodzie usznym lub w otoczeniu ucha, gruczoł gruźliczy na wyrostku sutkowym, równoczesna gruźlica innych kości czaszki, dalej podczas operacyi uderzająca bladość kości, niedokrwienie i wiotkość ziarniny, wybitne zserowacenie i t. p. zmiany.

Gruźlica błędnika rozwija się również przeważnie następowo w toku gruźlicy ucha środkowego, po przebiciu okienek błędnikowych, wzgórka i t. p. Stąd sprawa może dalej przenieść się przez przewód słuchowy i na jamę czaszkową. Spostrzegano jednak także drogę odwrotną, mianowicie przy gruźliczem zapaleniu opon mózgowych szerzenie się sprawy z jamy czaszkowej drogą przewodu słuchowego wewnętrznego na ucho wewnętrzne i stąd na ucho środkowe. Gradenigo i Barnick spostrzegali gruźlicze zajęcie narządu słuchowego i ślimaka w przebiegu ostrej gruźlicy prosówkowej. Tu zakażenie błędnika nastąpiło drogą krwi; przypadki takie należą do rzadkości.

Zależnie od stanu ogólnego chorego przeważają w błędniku sprawy niszczące lub odczynowe. W pierwszym razie przychodzi do rozległego zniszczenia błędnika, w drugim może nastąpić wyleczenie.

Objawów podmiotowych przytem zwykle niema, z wyjątkiem podmiotowych wrażeń słuchowych i przytępienia słuchu, które bywają jedynymi objawami, wskazującymi na zajęcie błędnika.

Jak skrycie gruźlica błędnika przebiegać może, dowodzi jeden przypadek Baranyego, w którym w ciągu 6 tygodni nastąpiło zupełne zniszczenie błędnika, mimo, że przez cały czas obserwacyi chory nie miał żadnych objawów błędnikowych.

Aczkolwiek przyznać należy, że w przeważającej liczbie przypadków gruźlica narządu słuchu występuje wtórorzędnie i bywa przerzutem z ogniska, znajdującego się gdzieindziej w ustroju, powinno się przecież i o tem pamiętać, że, choć znacznie rzadziej, zdarzać się także może, iż odwrotnie pierwotna gruźlica narządu słuchu stanowi punkt wyjścia dla gruźlicy innych części ciała lub ogólnej. Wydzielina, zawierająca prątki gruźlicze, może dostawszy się z ucha do przewodu pokarmowego lub do dróg oddechowych, tam wywołać zmiany przez zetknięcie się z błoną śluzową. Innym razem sprawa uszna może po przebiciu się do sąsiedniego naczynia krwionośnego, n. p. do sąsiedniej zatoki żylnej, być źródłem rozsiania się gruźlicy w płucach i w całem ciele. Są także znane przypadki, w których zabiegi operacyjne na gruźlicą dotkniętym narządzie słuchu wywoływały gruźlicę ogólną. Wszelako przypadki takie są nadzwyczaj rzadkie i nie wolno każdej gruźlicy prosówkowej, przyłączającej się do gruźliczej sprawy usznej lub do operacyi na uchu, odnosić do takiej przyczyny. Istniejącej równocześnie ze sprawą uszną gruźlicy gruczołów oskrzelowych możnaby łatwo nie dopatrzeć. Skrycie dotychczas przebiegająca gruźlica płuc mogłaby stać się jawną dopiero po przystąpieniu choroby usznej nawet nie gruźliczej lub urazu operacyjnego. Tylko tam, gdzie po skrupulatnem, sumiennem i gruntownem badaniu można stanowczo wyłączyć wszelkie inne ognisko pierwotne, możnaby sprawie usznej jako pierwotnej przypisać rolę wywołującą wtórorzędną gruźlicę innego narządu ustroju.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Stanisław Domański: **Nerwica urazowa (neurosis traumatica), jej rozpoznanie i leczenie.** Kraków, 1912.

Jestto poważne dziełko, bardzo starannie pod względem zewnętrznej swej szaty wydane, mające na celu »przedstawienie obecnego stanu nauki o nerwicy urazowej dla lekarzy praktycznych«.

Cel ten autor osiąga w zupełności, dzieląc się w swej pracy z czytelnikiem nietylko cudzem, ale i własnem około 40-letniem doświadczeniem lekarskiem.

Autor stoi na stanowisku, że nerwica urazowa nie jest odrębną jednostką kliniczną, ale neurastenią lub histeryą (albo obrazem mieszanym obu tych nerwic), wywołaną przez uraz u osób z mniejszą, wrodzoną lub nabytą, odpornością układu nerwowego na szkodliwości zewnętrzne. Jako najczęstsze objawy nerwicy urazowej przytacza autor: objawy ze strony narządu krążenia, objawy psychiczne, drżenie rąk i języka, upośledzenie chodu, wzmożenie odruchów ścięgnowych, osobliwie rzepkowych. Objawy podmiotowe (ból i zawrót głowy, zboczenia w zakresie czucia) uważa autor — o ile one zasługują na wiarę, za popierające rozpoznanie nerwicy urazowej na podstawie objawów przedmiotowych. Według spostrzeżeń autora, obrażenia mechaniczne zostają nieraz w odwrotnym stosunku do objawów psychicznych.

Przy omawianiu rokowania autor słusznie przestrzega przed często zbyt daleko idącym naciskiem, jaki niektórzy autorowie niemieccy (n. p. Strümpell) kładą na okoliczność, czy chory na nerwicę urazową ma według obowiązujących ustaw prawo do wynagrodzenia szkody na zdrowiu, czy go niema. W tym drugim przypadku rokowanie jest takie, jak w zwykłej neurastenii i histeryi. U chorych, którzy mają prawo do wynagrodzenia, pożądliwość może przyczyniać się do dłuższego utrzymywania się objawów cho-

robowych, lecz zdarzają się także przypadki nietylko polepszenia, ale i całkowitego wyzdrowienia przed stanowczem załatwieniem sprawy. Słusznie też przestrzega autor kilkakrotnie, iż należy się wystrzegać uprzedzeń w jakimkolwiek kierunku. Rokowanie co do wyzdrowienia zupełnego uważa autor wogóle za wątpliwe, a za złe w tych przypadkach, w których »z nerwicy serca, a zatem ze zboczenia tylko czynnościowego rozwija się w razie długiego trwania przyspieszenia czynności, wada organiczna w postaci zwyrodnienia mięśnia sercowego z niepomyślnem zakończeniem, przyspieszenie stwardnienia tętnic ze znanymi skutkami, a mianowicie przedwczesnem zniedołężnieniem umysłowem (dementia praecox) i przedwczesnem starzeniem się (decrepitudo«). Z tego zdania autora wynika, że zapatrywanie jego na przedwczesne zniedołężnienie umysłowe różni się od zapatrywań innych autorów na tę postać chorobową.

Omawiając leczenie, podkreśla autor przedewszystkiem znaczenie środków zapobiegawczych, a następnie wielką doniosłość stopniowego powrotu do pracy.

Praca prof. Domańskiego wypełnia w zaszczytny dla autora sposób jedną z wielu dotkliwych luk w naszem piśmiennictwie neurologicznem i odda niewątpliwie rzetelne usługi tym, dla których jest przeznaczoną, t. j. lekarzom praktycznym. J. Mazurkiewicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Hidaka: **Badania doświadczalne nad ilością bakteryi na skórze zdrowych i chorych na choroby skórne i nad wpływem niektórych środków na ilość bakteryi naskórnych.** (Med. Klinik, 1911, Nr 44). Z mnogich swych doświadczeń doszedł H. do następujących wniosków: Na skórze grzbietu ludzi zdrowych znajduje się średnio 1520 bakteryi na jednym centymetrze kwadratowym; na skórze twarzy bywa zwykle znacznie więcej bakteryi. U chorych na choroby skórne bywa na niezmienionych, niezajętych chorobą częściach skóry mniej więcej tyleż bakteryi, co u ludzi zdrowych. Wśród dorosłych obfituje bardziej w bakterye skóra mężczyzn niż kobiet; u dzieci do lat 14 znajduje się na skórze stosunkowo mało bateryi, po 14 roku życia tyleż, co u dorosłych. Znaczny wpływ na ilość bakteryi wywiera wydzielanie łoju skórnego; u ludzi ze skórą tłustą, gładką i u otyłych bakteryi jest znacznie mniej, niż u chudych, ze skórą szorstką i nie tłustą. Natomiast wydalanie potu odgrywa rolę znacznie mniejszą. Zatrudnienie i zawód nie wywierają wpływu na ilość bakteryi naskórnych. Zwykłe kąpiele oczyszczające w wodzie letniej z mydłem nie zmniejszają ilości bakteryi naskórnych, jeżeli po nich skóra nie została zlana czystą wodą; w pewnych warunkach po takich kąpielach (bez zlania czystą wodą) ilość bakteryi nawet wzrasta, szczególniej jeżeli w jednej wannie, tylko pospiesznie oczyszczanej, kąpie się tuż po sobie szereg osób. Naświetlanie promieniami Roentgena zmniejsza ilość bakteryi tylko nieznacznie, naświetlenie lampą kwarcową — dziesięciokrotnie, lampą awiolową — nie zmniejsza jej wcale. Pod opatrunkiem z maści (lanolina lub waselina bez dodatków odkażających) wzrasta ilość bakteryi w ciągu doby olbrzymio; również maść cynkowa sprzyja mnożeniu się bakteryi, choć w stopniu mniejszym. Octan glinowy działa w rozczynie wodnym 10 razy silniej bakteryobójczo, niż w postaci maści, a 200 razy silniej, niż w postaci pasty. Również zmniejszają ilość bakteryi okłady z rozcieńczonego spirytusu. Z.

Esau. **Zgorzel skóry po okładach z kwaśnej wody.** (Med. Klinik. 1912, Nr 28). Autor opisuje cztery przypadki, gdzie po okładach z kwaśnej wody (octan glinowy, płyn Burowa), dobrze rozcieńczonej, wystąpiła zgorzel skóry. W jednym z powodu zapalenia łożyska paznokcia okład zastosowany na wszystkie palce, wywołał zgorzel wszystkich opuszek, a nawet części członków palców. W drugim i trzecim przypadku przy zapaleniu tkanki podskórnej palca wskazującego okład z rozcieńczonego płynu Burowa na tenże palec i na palec średni pociągnął za sobą zgorzel skóry obu palców. Wreszcie w czwartym przypadku istniał przewlekły wyprysk na skórze grzbietu ręki; tu płyn Burowa nader rozcieńczony wywołał zgorzel skóry na przestrzeni talara. We wszystkich tych przypadkach autor zdołał wyłączyć inną przyczynę powstania zgorzeli, czy to samo silne zapalenie i z powodu znacznego wysięku silne napięcie skóry, wiodące do zgorzeli, czy też złe założenie opatrunku, a więc za silne skrępowanie lub zanadto szczelne zamknięcie ceratą ogniska zapalnego. Zgorzel w tych przypadkach powstać mogła tylko z działania samej wody kwaśnej. Być może, że działały tu wpływy nerwowe lub pewna idiosynkrazya, autor jednak przypuszcza, że jak inne środki chemiczne, tak i płyn Burowa nawet w silnem rozcieńczeniu jest niebezpieczny tam, gdzie niema ochrony naskórka lub z powodu silnego zapalenia tkanki nastąpiły zaburzenia w krążeniu. Przez odciągnięcie wody i następowe zmarszczenie się skóry środek ten zadaje żywotności tkanki cios śmiertelny. Nie ulega wątpliwości, że powstaniu takiej zgorzeli sprzyjać może za ciasne czy szczelne założenie opatrunku. Autor oświadcza się za tem, by płyn Burowa, który ani nie posiada szczególnych własności bakteryobójczych, ani na przebieg zapalenia w szczególnie korzystny sposób nie wpływa, zupełnie zarzucić lub stosować z wielką rezerwą. Środki obojętne, jak przegotowana woda lub słabe rozczyny kwasu borowego działają tak samo, a przynajmniej zabezpieczają nas przed takiemi nieprzyjemnemi niespodziankami, a chorych przed uszkodzeniami.

Mondschein.

Werner. **O chemicznem naśladowaniu działania promieni i chemoterapii raka.** (Med. Kl. 1912, Nr 28).

Podobnie jak naświetlanie zapomocą radu wywołuje rozpad lecytyny zawartej w żółtkach jaj kurzych, wywołuje zapalenie skóry, jak we krwi z początku leukopenię, ale po kilku godzinach hyperleukocytozę, zupełnie taksamo działają przetwory choliny, głównie cholina zasadowa. To działanie choliny zużytkowano też do doświadczeń u ludzi chorych na raka i mięsaka. Z początku wstrzykiwano 10—50% rozczynu choliny zasadowej do wnętrza guza i wywoływano przez to bardzo silny odczyn miejscowy w postaci zgorzeli, ale już na najbliższe otoczenie miejsca wstrzyknięcia cholina nie działała. Wstrzykiwano później $^1/_2$—5% rozczyny w okolicy odległej podskórnie lub śródmiąższowo, skutek jednak był albo bardzo nieznaczny i to przejściowy, albo wcale skutku nie było, a częstokroć spostrzegano powiększanie się guza, a nawet ogólne wycieńczenie z powodu wessania się rozpłyniętych mas nowotworu. Zaprzestano więc stosować samą cholinę, a wzięto się do soli cholinowych, mianowicie połączeń jej z kwasem borowym, mrówkowym, glykocholem, kwasem jodo-będźwinowym, atoksylowym i nukleinowym. Przy stosowaniu np. borcholiny u szczurów, zauważono, że przy wstrzykiwaniu podskórnem w odległem od mięsaka miejscu (co 3—4 dzień po 2 cm^3 2% wodnego rozczynu borcholiny), że mięsak z początku dalej rósł, a dopiero w miesiąc później poczynał zmniejszać się i wreszcie znikał, przytem bez jakichkolwiek zaburzeń ogólnych. U szczurów, które po wstrzyknięciu zginęły, nim guzy się poczęły zmniejszać, stwierdzono drobnowidowo znaczne zmiany w guzie, polegające na martwicy środkowych części guza, nacieku drobnokomórkowym w otoczeniu z silnem nader przekrwieniem i skrzepami w naczyniach krwionośnych. Autor wspomina tu mimochodem, że także w gruczole tarczowym znajdować się musi substancya, podobnie do choliny działająca, gdyż sok z tarczycy, wstrzyknięty jednemu szczurowi z mięsakiem, wywołał zu-

pełny zanik nowotworu. Dziewięciu myszom z wielkimi nowotworami rakowatymi (adenocarcinoma mammae) wstrzyknął autor sól cholinową, a to czterem glykokollcholinę, dwom sól mrówkowo-cholinową, a trzem borcholinę. Po trzech podskórnych wstrzyknięciach 2% rozczynów nikły wspomniane nowotwory zupełnie bez śladu. Autor stosował borcholinę także u 25 chorych, u 15 cholinę w połączeniu z kwasem jodobędźwinowym, a u 12 z kw. atoksylowym; przetwory te stosował autor u ludzi w rozczynie 2% podskórnie, albo w silnem rozcieńczeniu śródżylnie bez jakichkolwiek zaburzeń ogólnych. W przypadkach, leczonych przez 4–6 tygodni, spostrzedz było można objawy inwolucyi guzów w postaci marszczenia się ich powierzchni i stwardnienia, a w żadnym przypadku nie zauważono powiększania się nowotworu. Autor twierdzi, że te przetwory choliny można będzie stosować w o wiele silniejszej dawce i że w każdym przypadku nowotworu warto spróbować tego leczenia. Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 5. i 12. VI. 1912.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski; obecnych członków na pierwszem posiedzeniu 60, a na drugiem 37.

Kol. Blassberg: **O znakach rozpoznawczych zapalenia wyrostka robaczkowego.**

W wykładzie pierwszym (d. 5. VI.)podnosi prelegent na wstępie, że dzięki niemocy dyagnostyki współczesnej, która uniemożliwia rozpoznanie stanu i stopnia anatomicznego schorzenia, zachodzącego przy zapaleniu wyrostka, powstał prąd, dążący do jak najwcześniejszego operowania wszystkich przypadków bez wyboru. Stąd spada na lekarzy obowiązek pilnego śledzenia i właściwego wartościowania całokształtu objawów, jak najszerzej ujętego, aby możność rozpoznania przyspieszyć w dobie dzisiejszej, a na przyszłość stworzyć możność powstania racyonalnych wskazań operacyjnych Nie należy przy tem rozpoznaniu opierać się jednostronnie na dwóch czy trzech objawach, lecz dokładnie zwrócić uwagę na możliwie największą liczbę znaków rozpoznawczych. W tej myśli przechodzi prelegent po kolei poszczególne objawy i zastanawia się nad ich wartością kliniczną. Rozpatruje najczęściej spotykane podmiotowe uczucie bólu u chorego, drogi nerwowe, na których ból ten powstaje i różne momenty przyczynowe oraz wartość rozpoznawczo-różniczkową promieniowania bólu. Również omawia szczegółowo przejawy bolesności uciskowej w różnych punktach jamy brzusznej, objawy Rovsinga, Blumberga i Delbeta, obronę mięśniową, zmiany w czuciu skórnem, oraz zastanawia się nad istotą i wartością dyagnostyczną plastronu, wzdęcia, stosunków wypukowych, wymiotów, zachowania się stolca i wyników badania przez pochwę i kiszkę odchodową.

W drugim wykładzie (d. 12. VI.) rozpatruje prelegent objawy ogólne, a mianowicie ciepłotę i objaw różnicy ciepłoty, a następnie objawy ze strony serca i ocenę tętna. Omawia szczegółowo własne i obce badania nad wartością leukocytozy, badanie obrazu neutrofilnego sposobem Arnetha, badanie preparatów krwi sposobem Ehrlicha, wnioski ze stanu lepkości krwi i bakteryologiczne badanie krwi. Przechodzi potem zachowanie się moczu, skóry, nakłucie próbne i cały szereg drugorzędnych znaków, podanych przez rozmaitych autorów, które mogą ułatwiać oryentacyę w danych przypadkach, również i momenty anamnestyczne i statystyczne.

W końcu omawia prelegent zespoły dyagnostyczne, podane przez rozmaitych autorów, które zestawia w dwie grupy. Jedna stara się zająć idealne stanowisko naukowe i ujmuje całokształt objawów w duchu odzwierciedlenia stanu anatomicznego, drugi kierunek bardziej sceptyczny, ogranicza się do samego rozpoznawania stanu zapalnego i śledzi na drodze symptomatologicznej co najwyżej postęp lub przycichanie sprawy zapalnej i wpływ jej na ustrój, mając na oku jedynie tylko racyonalne uchwycenie momentu, kiedy operacya jest niezbędną. Prelegent uważa, że spór internistów z chirurgami, w którym cyfry statystyczne stanowią główną broń, nie doprowadzi sam przez się do rozwoju racyonalnych wskazań operacyjnych, gdyż statystyka sama jest zbyt słabym i niewiele mówiącym argumentem w naukach przyrodniczych. Jedynie przeniesienie terenu badań i punktu ciężkości na semiotykę, może pchnąć naprzód tę sprawę. (Rzecz przeznaczona do druku).

Posiedzenie z d. 26. czerwca 1912.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 130.

Prof. Dr Popielski: **Teorya hormonów i wydzielanie wewnętrzne.** (Wykład przeznaczony do druku).

Dyskusya: Doc. Dr Koźniewski zaznacza, że teorya hormonów czyli teorya korelacyi chemicznej w obecnej postaci jest naturalnem rozwinięciem nauki o wewnętrznem wydzielaniu pewnych narządów. Im więcej gromadzi się dowodów świadczących, że nadnercza, tarczyca, trzustka, gruczoły płciowe i t. d., są gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu, tem więcej podstaw zyskuje teorya hormonów.

Już dzisiaj wiadomości zebrane przez anatomię, fizyologię i patologię w odniesieniu do tarczycy i nadnerczy są tak liczne i dokładne, że nawet bardzo wymagający krytyk może uznać za dowiedziony fakt wewnętrznego wydzielania tych dwóch narządów. Ostatnim krokiem w takiem badaniu musi być badanie chemiczne, którego celem jest schwytanie i wyosobnienie owej wydzieliny, a przynajmniej pewnych, charakterystycznych jej składników. Rzeczywiście prace całego szeregu chemików dostarczyły z nadnerczy adrenalinę, z tarczycy, jodotyreoglobulinę. Prawie wszyscy fizyologowie zgadzają się na to, że są to ciała swoiste dla danych narządów, — niespotykane gdzieindziej w ustroju. Mniej zbadaną jest odpowiednia czynność trzustki lub gruczołów płciowych, jeszcze mniej wiemy o wydzielaniu gruczołów przytarczycznych, przysadki mózgowej, grasicy... Doświadczenia na zwierzętach oraz dane kliniczne silnie przemawiają za tem, że zarówno trzustka, jak i gruczoły płciowe prócz zewnętrznego posiadają i wewnętrzne wydzielanie. Dowodów bezspornych nie zdobyliśmy dotychczas. Co do gruczołów przytarczycznych, przysadki i pozostałych zajmujących nas narządów mamy bardzo ciekawe przyczynki, nieraz bardzo sumienne prace (Riedla, Binelesa i inne), dają one jednak grunt tylko do hypotezy. Oczywistą jest więc rzeczą, że majątek, z którego czerpie materyał teorya hormonów, nie jest wielki. Drugą słabą stroną tej teoryi jest to, iż skutek, jaki wywołują »wewnętrzne« wydzieliny, jest trudny do obserwowania, a zwykle niedostępny dla mierzenia. Naprzykład nie ulega wątpliwości, że jodotyreoglobulina działa swoiście na ustrój, mianowicie na przemianę materyi, jednak nie umiemy bliżej określić tego działania, a tem mniej obliczyć go ilościowo. Co się tyczy adrenaliny, to z różnorakich działań jej na ustrój umiemy obliczać ilościowo tylko działanie na mięśnie gładkie naczyń, macicy i t. d. Oznaczenie podwyższenia ciśnienia krwi, metoda miograficzna Frenkla, zwężenie naczyń w metodzie Trendelenburga — wszystko to są doświadczenia ilościowe z adrenaliną, mające służyć do obliczenia ilości jej w badanym płynie, n. p. w surowicy. Jednak zwiększenie ciśnienia krwi nie jest proporcyonalne do ilości adreanaliny wprowadzonej do krwi, a zależy tylko od różnicy między prawidłową zawartością, a nowo powstałem stężeniem. Dalej, adrenalina szybko rozkłada się we krwi, przytem ustrój oddziaływa na wprowadzenie jej roz-

maitemi przystosowaniami wyrównawczemi. Słowem badanie tego działania, tego odruchu chemicznego jest bardzo trudne. Tem się tłómaczy, dlaczego Starling oparł swoją teoryę hormonów przedewszystkiem na sekretynie: ponieważ wprowadzenie tego ciała daje efekt niezmiernie wybitny, dający się mierzyć, utrzymujący się długo. Jest to niezmiernie efektowne doświadczenie fizyologiczne: przez wstrzyknięcie wyciągu, sporządzonego ze śluzówki jelita według bardzo prostego przepisu, otrzymuje się tak silny i długo trwający wypływ soku trzustkowego, jakiego żadną inną drogą wywołać nie umiemy. To doświadczenie przyjął Starling jako podstawę dla swojej teoryi i to doświadczenie jest najwięcej zwalczane i krytykowane przez prof. Popielskiego. Prof. Popielski twierdzi, że wydzielanie się soku trzustkowego nie jest wywołane przez wytworzenie sekretyny i przenikanie jej do trzustki, gdzie ona działa na komórki wydzielnicze, ale że jest natury wtórnej wskutek obniżenia ciśnienia. To zaś obniżenie ciśnienia jest następstwem działania wazodylatyny, znajdującej się w wyciągu z jelit. Istotnie, sekretyna Baylissa i Starlinga wywołuje obniżenie ciśnienia krwi, jednak niezbyt znaczne i jak wykazał Zuntz (Arch. Intern. de la Physiologie 1909), można przez wytrawianie alkoholem przyrządzić sekretynę w ten sposób, że obniżenie ciśnienia nie nastąpi, a mimo tego wydzielanie soku trzustkowego będzie się odbywać równie energicznie, jak w pierwotnem doświadczeniu. Dalej wazodilatyna prof. Popielskiego wywołuje wybitne zwiększenie wydzielania soku trzustkowego, trwa ono jednak niedługo i przy powtórnem wstrzyknięciu zwierzę jest już uodpornione: sok trzustkowy wypływa w prawidłowej ilości. Tymczasem sekretyna Starlinga wywołuje takie wydzielanie soku trzustkowego, które trzeba nazwać kolosalnem: przez powtarzanie wstrzykiwań co $1^1/_2$—2 godzin można otrzymać, (widziałem to w pracowni E. Pożerskiego u Delezenne'a), taki tok soku trzustkowego w ciągu 10 godzin, że z jednego psa uzyskuje się przez ten czas 350 a nawet więcej cm^3, przyczem ostatnie porcye soku posiadają takie same właściwości jak pierwsze. O ile wiem z prac prof. Popielskiego, zapomocą jego wazodylatyny nie można otrzymać dużych ilości soku trzustkowego. Niedawno w Arch. Intern. de la Physiol. ukazała się praca Divry z Liége, który robił doświadczenie porównawcze z sekretyną i wazodylatyną: ciała te działały odmiennie i na tej zasadzie podtrzymuje on poglądy Zuntza.

Dotychczasowe prace nie pozwalają więc na obalenie twierdzenia Baylissa i Starlinga co do swoistego działania sekretyny; może ona działać pod pewnymi względami podobnie jak wazodylatyna, pod innymi mogą się one różnić bardzo znacznie. Wszak i hirudyna jest niezmiernie zbliżoną do wazodilatyny. O ile wiem, pierwotnie szkoła prof. Popielskiego skłaniała się do poglądu, że w hirudynie działającem ciałem jest nic innego, jak wazodilatyna. Później prof. Popielski wykrył zasadniczą różnicę: wazodilatyna wywołuje niekrzepliwość krwi tylko po wprowadzeniu do ustroju, nie zaś »in vitro«, hirudyna zaś czyni krew nieskrzepliwą także w probówce. Tak samo i ciała hypertensywne są wielorakie: prócz adrenaliny spotykamy w ustroju hypertensynę (prace Popielskiego, Abelous i Bardier), z badań O'Connora wynika, że w surowicy krwi przy krzepnięciu powstają jeszcze inne ciała hypertensywne. Być może, że jest zupełnie dobre miejsce dla sekretyny obok wazodylatyny. — Mowca zatrzymał się dłużej nad tą sprawą, gdyż jest to punkt specyalnie atakowany przez prof. Popielskiego. Jeżeli przejdziemy na grunt ogólniejszy, to wszak idea »odruchu« na drodze chemicznej, bez udziału dróg nerwowych, była w fizyologii i dawniej, specyalnie w dziale o trawieniu. Teorya Baylissa i Starlinga podkreśliła tylko swoistość pochodzenia i swoistość stacyi odbiorczej. Nie ma to jednak być według autorów regułą doktrynerską, gdyż jako przykład najważniejszego hormonu przytaczają CO_2, który wytwarza się w każdej komórce i na każdą komórkę wywiera działanie, ale w odniesieniu do komórek nerwowych ośrodka oddechowego działa tak wybitnie, tak swoiście, że musimy go uznać za bodziec swoisty, hormon dla ośrodka oddechowego. Przytem między ilością wytwarzanego bezwodnika a czynnością ośrodka oddechowego zachodzi doskonale ujawniająca się korelacya.

Co się tyczy podawania w wątpliwość swoistego działania leczniczego przetworów tarczycy, to zaznacza mowca, że prace fizyologów i internistów stwierdziły ten fakt niezbicie. Przed paru laty patologia i klinika chorób tarczycy była głównym tematem na Zjeździe Internistów w Wiesbadenie, gdzie referaty objęli Kocher i Kraus. Pewność leczenia swoistego w wypadkach »cachexia strumipriva« oraz innych, lekkich schorzeniach uważaną była za najzupełniej ustaloną. Prof. Popielski wypowiada przypuszczenie, że w tych przypadkach może chodzić o działanie jodu, zawartego w przetworach tarczycy. Ależ wszak podawanie jodu wielokrotnie bezskutecznie stosowano w olbrzymiej liczbie przypadków braku tarczycy lub silnej jej niedomogi. Istotnie jest rzeczą dziwną, że przetwory gruczołu tarczowego wprowadzane do ustroju »per os«, poddane działaniu soków trawiennych, mogą rozwinąć w ustroju tak zbawienny wpływ. Mechanizm tego działania jest istotnie zagadkowy z punktu widzenia fizyologicznego, niemniej jest to fakt stwierdzony. Musimy uważać to za jakieś szczęśliwe przystosowanie ustroju, pozwalające oddziaływać nietylko na jodotyreoglobulinę wprowadzaną do krwi przez żywy gruczoł, ale także na przetwór suchy, na wyciąg z gruczołu podawany »per os«.

Co się tyczy mechanizmu działania samego jodu, to wielu farmakologów skłania się do twierdzenia, że przetwory jodowe działają na ustrój za pośrednictwem gruczołu tarczowego, modyfikując jego czynność, a nie odwrotnie. (Hefter, Heubner i jego szkoła — patrz Medicin. Klinik rok 1910, Therapeut. Monatshefte rok 1910, 1911).

Prof. Cybulski zaznacza, iż wszystkich szczegółów poruszonych przez prelegenta omawiać nie może, chciałby tylko wspomnieć o wątpliwościach prof. Popielskiego co do czynności i znaczenia nadnercza. Prof. Cybulski wbrew twierdzeniu prof. Popielskiego zapewnia, że nie może zmienić zdania, że nadnercze wytwarza adrenalinę, albowiem wstrzykując krew z nadnercza w ilości 5 cm do ustroju innego zwierzęcia, otrzymywał podobne objawy, jak przy adrenalinie. Brak nadnercza wywołuje osłabienie mięśni, spadek ciśnienia krwi, po wstrzyknięciu zaś adrenaliny lub po wszyciu nadnercza, objawy te znikają. Na mięśnie gładkie, n. p. tętnicę płucną adrenalina nie działa. Że krew żylna z nadnercza w doświadczeniach Popielskiego nie była czynną, nie wpływała na ciśnienie, mogło pochodzić stąd, że adrenalina we krwi odwłóknionej szybko ulega utlenieniu i wtedy rzeczywiście nie działa. Skoro mechaniczny ucisk nadnercza wywołuje zjawienie się adrenaliny we krwi, to fakt ten przedewszystkiem świadczy, że adrenalina w nadnerczu istnieje, a skoro istnieje i posiada jak wiadomo wielką zdolność dyfuzyjną, to znowu mowca nie widzi żadnej podstawy do twierdzenia, że ona z gruczołu do krwi nie przechodzi.

Prof. Klecki nadmienia, że obok korelacyi chemicznej istnieje korelacya układu nerwowego, i to osobna dla układu współczulnego, a osobna dla autonomicznego, i stawia prelegentowi kilka pytań. 1) W jaki sposób objawia się stosunek hormonów, wazodylatyny i sekretyny, do układu nerwowego? 2) Jeżeli adrenalina nie jest wydzieliną, czy są na to jakie dowody? 3) Czy należałoby uważać adrenalinę za coś podobnego do produktów autolizy narządów, jak to jest n. p. po śmierci? W końcu co do przeszczepienia narządów radzi prof. Klecki wielką ostrożność, gdyż przyjęcie się takich narządów jest bardzo trudne i powolne, tembardziej, iż w końcu zazwyczaj ulegają one zanikowi po zaszczepieniu.

Prof. Rosner zwraca uwagę na fakt, że 2. lub 3. dnia po porodzie u matki i u dziecka występuje przekrwienie i obrzęk sutka, i zapytuje prelegenta, czy zjawisko to nie

jest wywołane jakimś wspólnym hormonem, który w czasie ciąży krążył we krwi równocześnie u matki i u płodu? Wzrost bowiem sam nie wystarcza do wywołania tego zjawiska, gdyż u dziewcząt w okresie pokwitania nie ma przekrwienia.

Borkowski: Prof. Popielski zaznaczył w swym wykładzie, że we krwi zbieranej z nadnercza, czynnikiem podnoszącym ciśnienie nie jest adrenalina, lecz zmieniony chemizm krwi podczas odwłókniania. Jeśli pogląd powyższy jest słuszny, to w takim razie krew zbierana z nadnercza i częściowo skrzepła powinna obniżyć ciśnienie krwi, albowiem w chwili krzepnięcia krew nabiera toksycznych własności i może n. p. wywołać wstrząs anafilaktyczny (Görz). W przeciwstawieniu do tego widzimy, że krew taka po wprowadzeniu do ustroju zawsze podwyższa ciśnienie krwi. Ponieważ krew z nadnercza w każdej swej postaci, odwłókniona czy nieodwłókniona, a także skrzepła (surowica) podwyższa ciśnienie (odwłókniona najsłabiej), więc z tego wynika, że krew ta niewątpliwie zawiera adrenalinę. — Że układ nerwowy, jak to zaznaczył prof. Klecki, odgrywa doniosłą rolę w sprawach wydzielania gruczołów, o tem świadczą własne doświadczenia prof. Popielskiego. Jeżeli bowiem wprowadzimy do ustroju wazodylatynę i zaciśniemy aortę piersiową, to przy zupełnem przerwaniu krążenia przy ciśnieniu krwi = 0 sok trzustkowy wydziela się w ciągu 10 minut. Filtracya w takich warunkach zachodzić przecież nie może, więc zjawisko powyższe można sobie wytłomaczyć tylko działaniem wazodylatyny na narząd nerwowy trzustki; dlatego też, jeśli wydzielanie soku jeszcze się nie zaczęło, t. j. gdy narząd nerwowy trzustki nie został jeszcze podrażniony, — prof. Popielski nie otrzymuje wydzielania zapomocą wazodylatyny po zaciśnięciu aorty. — Prof. Popielski tłomaczy, że »jeżeli ciśnienie obniży się ze 120 do 20 mm Hg, to różnica wynosi 100 mm rtęci i przedstawia siłę, która posuwać będzie wodnistą część krwi przez gruczoł«. Rzeczywiście przy spadku ciśnienia, ilość przepływającej przez gruczoł krwi istotnie się zwiększa, lecz przyspieszenie ruchu krwi maleje w przypadku rozszerzenia się naczyń, jak to wskazują krzywe hemofototachometryczne prof. Cybulskiego. A więc iloczyn z masy przez przyspieszenie (to jest siła) może się przy spadku ciśnienia nie zmienić.

Prof. Popielski: W odpowiedzi kol. Koźniewskiemu zaznacza, że sekretyna w znaczeniu Baylissa i Starlinga nie istnieje; wniosek ten należy uważać za fakt bezsprzeczny. Wyciągi ze wszystkich narządów bez wyjątku wywołują wydzielanie soku trzustkowego zupełnie w sposób identyczny. Wydzielanie zachodzi zawsze tylko z obniżeniem ciśnienia i niekrzepliwością krwi. Bez obniżenia ciśnienia, wydzielania nie ma. Obydwa zjawiska zachodzą zawsze równolegle. Doświadczenie Zuntza, a przed niem Baylissa i Starlinga, a także Dixona i Howella właśnie dowodzą słuszności wniosku prelegenta, gdyż w przytoczonych przez wspomnianych autorów doświadczeniach, niewielkiemu obniżeniu towarzyszy niewielkie wydzielanie. Obrabiając wyciągi alkoholem, autorzy otrzymywali niewielkie obniżenie ciśnienia. Prelegent i jego uczniowie dokładnie wysuszone wyciągi z narządów obrabiali alkoholem; otrzymywali jednak ciało, wywołujące i wydzielenie i obniżenie ciśnienia. Uodpornienie występuje tylko wtenczas, jeżeli wprowadzić odrazu dostatecznie dużą dawkę, od której są obfite wydzielania soku trzustkowego i silne obniżenie ciśnienia krwi. Zapomocą małych dawek wprowadzanych nawet bez przerwy, uodpornić zwierzęcia nie można. Tyreoglobulina, podobnie, jak jodotyryna, jest ciałem sztucznie otrzymanem przy obrabianiu tarczycy i za wydzielinę uważaną być nie może tak, jak wiele innych ciał, które dadzą się otrzymać z gruczołu. W odpowiedzi kol. Borkowskiemu prelegent zwraca uwagę, że przy zaciskaniu aorty piersiowej otrzymuje się wydzielinę tylko wtenczas, jeżeli wydzielenie soku trzustkowego już się rozpoczęło. Jeżeli zacisnąć aortę wtenczas, kiedy ciśnienie zaledwie zaczyna się obniżać, a wydzielania jeszcze nie było, to sok trzustkowy nie wydziela się wcale. Stąd jasnem jest, że sok trzustkowy wydziela się na koszt płynnej części przesączonej ze krwi do międzykomorowych przestrzeni gruczołu. Przy obniżeniu ciśnienia, różnica pomiędzy pierwotnym i końcowym nie ginie, ale posuwa z nabytą szybkością płynne części krwi przez komórki gruczołu. Po zaciśnięciu aorty sok trzustkowy, wydzielając się, podnosi się do 60 milimetrowych podziałek ponad poziom w aorcie. Mamy tu do czynienia ze zjawiskami filtracyi pod ciśnieniem. W odpowiedzi prof. Kleckiemu zaznacza prelegent, że niewątpliwie związek pomiędzy narządami na drodze nerwowej istnieje, korelacyi chemicznej prelegent dotknął wyłącznie dlatego, że ona obecnie w umysłach wielu lekarzy wysunęła się na plan pierwszy.

Co się tyczy sprawy wagotonii i sympatykonii, to prelegent sprawy tej nie dotyka, gdyż w krótkich słowach nie może być ona wyświetlona. W odpowiedzi prof. Cybulskiemu prelegent zaznacza, że obecność adrenaliny we krwi żylnej nadnerczy jest wykazana przez wielu autorów. Należy jednak zaznaczyć, że pobieranie krwi odbywa się w warunkach, przy których jest nadzwyczajnie łatwo mechanicznie wycisnąć z gruczołu twory, barwiące się na zielono od żelaza, przy rozbiciu których podczas odwłóknienia zawarta w nich adrenalina uwalnia się. Faktem jest niezbitym także i to, że wycięcie nadnerczy sprowadza śmierć nie z braku adrenaliny, gdyż wycięcie nadnerczy zewnątrzotrzewne obniżenia ciśnienia krwi nie wywołuje. W odpowiedzi prof. Rosnerowi zaznacza prelegent, że niezbędnym warunkiem dla wydzielania mleka jest niewątpliwie rozwinięty gruczoł mleczny, który wogóle rozwija się przy wzrastaniu ustroju. Niewątpliwie potrzebne są jeszcze inne warunki, zależne od zmian we krwi, wywołanych ciążą. Fakt, że u dzieci w pewien czas po urodzeniu zjawia się mleko tak, jak u matki, nie może wskazywać, że przyczyną wydzielania mleka w obydwóch przypadkach jest jedno i to samo ciało. Wydzielanie mleka niema takiego charakteru, któryby wskazywał na istnienie jakiegoś bodźca, podniecającego gruczoły mleczne do czynności.

Zast. sekr. dorocznego Dr Sikorski.

Wiadomości bieżące.

Konkurs. Jeden ze współpracowników »Przeglądu lek. przeznaczył swoje honoraryum autorskie na nagrodę konkursową. Wobec tego ogłasza Redakcya »Przeglądu lekarskiego« niniej-

szem konkurs na sprawozdanie poglądowe (referat zbiorowy), ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1912. Przedmiot sprawozdania poglądowego dotyczyć może któregokolwiek z działów nauk lekarskich i dowolnego zagadnienia. Rozmiary sprawozdania nie powinny przekroczyć 2 arkuszy druku. Nagroda konkursowa wynosi 200 koron.

Kraków. Komitet wykonawczy VI. Zjazdu Techników polskich, mającego odbyć się w Krakowie 12—16 września b. r. zaprasza za naszem pośrednictwem Lekarzy, by wzięli udział w obradach Zjazdu i to zarówno w sekcyi budowy i higieny miast, jak i w innych grupach zjazdowych, o ile tematy obrad będą dla lekarzy miały wartość. Zjazd ten będący zespołem zjazdów specyalnych (jak techników budowli wodnych, techników komunikacyi, elektrotechników i t. p.), zainteresować powinien także i lekarzy-higienistów, zarówno odbyć się mającym na zebraniu ogólnem w d. 13. IX. wykładem Dr Rostońskiego: »Pogląd na miejskie budownictwo zdrowotne w Polsce«, jak i obradami Sekcyi budowy i higieny miast; zajmującą dla lekarzy rzeczą powinna być również wycieczka, urządzona 16. IX. przez Sekcyę architektoniczną celem zwiedzenia budującego się w Kobierzynie Zakładu dla umysłowo chorych. Informacyi o Zjeździe można zasięgnąć w Towarzystwie technicznem (Kraków, ul. Straszewskiego 28).

— Towarzystwo Domu zdrowia uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc Bratnia« w Zakopanem ogłosiło sprawozdanie za rok 1911/1912, dwunasty swego istnienia. Rok ten jest rokiem przełomowym w działalności Towarzystwa; poraz pierwszy pomieściwszy swych chorych w nowych budynkach, doskonale położonych na stoku Gubałówki i odpowiednio urządzonych, zbudowawszy obok dawniej istniejącego pawilonu dla mężczyzn osobny pawilon dla kobiet, pawilon gospodarczy z wielką jadalnią dla 100 chorych, łazienkami i t. p., zaprowadziwszy w tych budynkach ogrzewanie centralne i wodociągi, urządziwszy park, przekształciło Towarzystwo swój »Dom Zdrowia« na rzeczywiście odpowiedni zakład sanatoryalny i dało mu podstawy dobrego rozwoju. Oczywiście dalszy ten rozwój zależy od poparcia społeczeństwa, na które »Bratnia Pomoc« pod każdym względem zasłużyła i który wyjednać powołani są w pierwszym rzędzie lekarze polscy, o ile im nie są obojętne losy młodego pokolenia naszej inteligencyi. Poparcia potrzebuje »Bratnia Pomoc« bardzo; budynki nowego zakładu obciążone są długiem 83.321 koron, a budżet »Domu Zdrowia« zamyka się niedoborem 22.665 koron. Wprawdzie lecząca się młodzież opłaca część kosztów swego pobytu w sanatoryum, jednakże jest to młodzież niezamożna, z trudem tylko zdobyć się mogąca i na tę część, a Towarzystwo musi do każdego dnia leczenia dopłacać po 1·57 k., na co mimo całej zapobiegliwości Zarządu obecne dochody nie wystarczają. A przecież, aby odpowiedzieć swemu zadaniu, musi »Dom Zdrowia Bratniej Pomocy« znacznie rozszerzyć jeszcze swoją działalność. Miarą potrzeb w tym kierunku jest fakt, że z 371 zgłaszających się mogło Towarzystwo przyjąć do »Domu Zdrowia« 118, to jest mniej, niż trzecią część. Łącznie z pozostałymi z poprzedniego roku leczono w r. 1911/12 — 149 chorych przez 14393 dni; jeden chory przebywał w Sanatoryum średnio 96 dni. Wyraźne polepszenie stwierdzono u 56, poprawę u 59, stan bez zmiany u 21, pogorszenie u 12 chorych. Lekarzem »Domu Zdrowia« jest Dr Kuczewski; z sekretarką panią Kuczewską i prezesem Towarzystwa Dr Żychoniem dzieli on zasługi około utrzymania i rozwoju sanatoryum.

— P. T. Kolegów, mieszkających przy ulicach, których nazwa została zmieniona, upraszam o łaskawe powiadomienie mnie o tem. Inseraty osobiste i zakładów zgłaszać można do dnia 15. września, zaś do 10. października ewentualne zmiany adresów, telefonu i t. p. O wszelkie uwagi w sprawie kalendarza uprzejmie upraszam. Kolegów fizyków proszę uprzejmie o odesłanie korekt.

Dr A. Klęsk, redaktor kalendarza lekarskiego, Wolska 9.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 18. VIII. do 24. VIII. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † — (obcych — † 1), krzuśca 4, ospy wietrznej 2, płonicy — † — (2 † 1), duru brzusznego 2 † — (4 † —), czerwonki 59 † — (5 † —).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 12. VIII. do 19. VIII. 1912 przypadków: ospy 2 † 1, płonicy 1, dur wysypkowy 1 † 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Prof. Wilhelm Wundt, sławny filozof, fizyolog i psycholog w Lipsku, obchodził 16. VIII. 80-tą rocznicę urodzin.

Mianowani: Dr W. Witaliński, asystent kliniki okulistycznej U. J. kierownikiem oddziału ocznego szpitala św. Łazarza; Doc. Szukowski profesorem pedyatryi w Dorpacie; Dr Jameson Johnson profesorem chirurgii w Dublinie.

Zmarli: Dr Pordes, lekarz kolejowy w Przemyślu, zmarł w 67 r. ż.; Richardson, profesor chirurgii w Bostonie; Dr J. Moch w Glinianach.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Brixen. Jesienne miesiące są tu pogodne, klimat łagodny, co przy dobrych drogach i rzadko pięknych widokach czyni pobyt nader miłym. Bujna roślinność przypomina południe. Owoce i winogrona doskonałe.

Fabryka »Enrilo« w Skawinie koło Krakowa. Zwracamy szczególną uwagę naszych Szanownych Czytelników na odnośne ogłoszenie w dziale inseratowym dzisiejszego numeru.